

吸入指導報告書

西暦 年 月 日

病院・医院・診療所	薬局名
科	TEL
先生御侍史	FAX

ご紹介いただきました患者 様 (ID:)は、本日来局され、
薬剤師 が担当しました。吸入指導の結果は以下の通りです。

【前回指導日】 年 月 日

【病状確認】

調子が良くなった。 調子が悪くなった。 変わりなし。 その他()

【吸入指導の総合評価】

問題なく吸入可能です。 吸入手技に問題があります。 吸入困難です。(他剤への変更を考慮し疑義照会ください。)

【吸入手技の評価】

※ 薬剤名を記入してください。

項目	薬剤名			
デバイスの操作		○ ×	○ ×	○ ×
吸入前の息吐き		○ ×	○ ×	○ ×
吸入する		○ ×	○ ×	○ ×
吸入後の息止めと息吐き		○ ×	○ ×	○ ×
吸入器の管理(残数管理を含む)		○ ×	○ ×	○ ×
継続指導の必要性		必要 ・ 不要	必要 ・ 不要	必要 ・ 不要

【吸入療法の理解】

内容	理解度	気管支喘息 ACT 点数	
使用薬剤の名前と用法・用量	良好 ・ 不良	※ 可能であれば記入をお願いします。	点
コントロール薬と発作時の薬の使いわけ	良好 ・ 不良		
副作用について	良好 ・ 不良	COPD ・ CAT 点数	
うがいの必要性	良好 ・ 不良	※ 可能であれば記入をお願いします。	点

【医師への連絡事項】

- 練習器・実薬を用いて吸入してもらいました。
- 口頭で確認しました。
- スペーサー () を使用しました。
- 副作用が出現しました。 口内炎 ・ 嘔声 ・ 尿閉 ・ 口渇 ・ 動悸 ・ 振戦 ・ その他()
- 特記事項 ()

※吸入指導後、本様式のFAXをお願いいたします。

【喘息コントロールテスト(ACT12歳以上対象)】

25点:完全な状態(トータルコントロール)

20-24点:良好な状態(ウェルコントロール)

20点未満:コントロール不良

質問1:この4週間に、喘息のせいで職場や家庭で思うように仕事がかどらなかつたことは時間的にどの程度ありましたか？					
1:いつも	2:かなり	3:いくぶん	4:少し	5:全くない	①
質問2:この4週間に、どのくらい息切れがしましたか？					
1:1日に2回以上	2:1日に1回	3:1週間に3-6回	4:1週間に1, 2回	5:全くない	②
質問3:この4週間に喘息の症状(ゼイゼイする、咳、息切れ、胸が苦しい、痛い)のせいで夜中に目覚めたり、いつもより朝早く目覚めたことはどのくらいありますか？					
1:1週間に4回	2:1週間に2, 3回	3:1週間に1回	4:1, 2回	5:全くない	③
質問4:この4週間に発作止めの吸入薬(メプチン等)をどのくらい使いましたか？					
1:1日に3回以上	2:1日に1, 2回	3:1週間に数回	4:1週間に1回以下	5:全くない	④
質問5:この4週間に自分自身の喘息をどの程度コントロールできたと思いますか？					
1:全くできなかった	2:あまりできなかった	3:まあまあできた	4:十分できた	5:完全にできた	⑤
①-⑤ 合計点					

【COPD Assessment Test(CAT)】

まったく咳がでない	0	1	2	3	4	5	いつも咳がでている	
まったく咳がつまった感じがしない	0	1	2	3	4	5	いつも咳がつまっている感じがする	
まったく息苦しくない	0	1	2	3	4	5	非常に息苦しい	
坂や階段を上っても、息切れがしない	0	1	2	3	4	5	坂や階段を上ると、非常に息切れがする	
家での普段の生活が制限されることはない	0	1	2	3	4	5	家での普段の生活が非常に制限される	
肺の状態をきにせずに、外出できる	0	1	2	3	4	5	肺の状態が気になって外出できない	
よく眠れる	0	1	2	3	4	5	肺の状態が気になってよく眠れない	
とても元気だ	0	1	2	3	4	5	まったく元気がない	
合計点								